

# Tõe kriteerium on praktika

**Julius Juurmaa – arst-resident, arstiteaduse õppekava programminõukogu liige**

Igal liigutusel on põhjus ja ajend. Arstiteaduskonna õppekava reformi põhjuseks oli põhiõppe kliinilises osas aastatega kuhjunud pinge: viimased kolm kursust algasid pikkade loengupäevadega ning sellele järgnes periood, kui päevades oli ainult pärastlõunani kestnud praktikum. Õpe oli selle läbivijatele, valdavas osas kolmanda etapi haigla arstidele kohaselt kõrgetasemeline, aga ka rõhutatult teoreetiline. Nende teadmiste praktikasse rakendamise kätteharjutamiseks jäi aga poolest aastast vajaka. Ehkki kirjeldatud kitsaskohad olid ilmestunud eri tagasisidekanalites aastaid, said reformi ajendiks mõttekoda Praxise ja arstiteaduskonna üliõpilaskogu teineteisest sõltumatult koostatud raportid, mis osutasid ligikaudu samasse suunda. Aeg oli muutusteks küps.

Arstiteaduse õppekava programminõukogu aktiviseerus dotsent Tõnis Karki, toonase õppeprodekaani juhtimisel ning sisustas kaks tööaastat järgmisega: arstiteaduse õppekava kohta koostati uued väljundid, ühendades Euroopa Komisjoni *Tuning Project for Medicine*'i soovitusi (1) siinse spetsiifikaga; kogu VI kursus otsustati sisustada praktikaga, töötati välja praktika logiraamat ning loodi kliinilist praktikat koordineeriv üksus, mida asus juhtima dotsent Sulev Haldre; ning tehti algust auditoorse kliinilise õppe restruktureerimisega. Esimesed muudatused

selles vallas tingis vajadus liigutada endised VI kursuse õppeained IV–V kursusele, et teha ruumi pikemale praktikale.

Täpsemalt võib huviline nende muudatuste kohta lugeda mõne aasta tagustest artiklitest (2, 3).

Uue praktika põhiosa moodustavad kohustuslikud tsükliid (pere-meditiin, erakorraline meditsiin, sisemeditiin ja kirurgia), millest igaühes saab üliõpilane praktiseerida vähemalt 8 nädalat. Nende tsükliid jooksul peab üliõpilane täitma logiraamatut, kus tuleb analüüsida iga tsükli jooksul 8 haigusjuhtu, vastates logiraamatus ettenähtud küsimustele. Haigusjuhtude analüüsimiseks valitud suunavate küsimuste eesmärk oli arendada üliõpilastes patsiendi süstemaatilist kliinilist käsitlemist.

Kui üliõpilane õppimise kõrvalt ei tööta, saab ta põhiõppe jooksul asetada ühe veenikanüüli, elustada kaks korda mannekeeni, teha mõned üksikud korrad elektrokardiogrammi ja tõlgendada seda ... Sellest jääb meditsiinis tegutsemiseks ilmselt väheks. Kusagil peab üliõpilane need tegevused vähemalt elementaarse tasemeni arendama ning mingi märk peab sellest jääma maha ka teaduskonnale.

Kui juhendajad olid kõige enam kriitilised aruandluse suhtes, siis üliõpilased tõid kõige enam välja kitsaskohti osakondade töökorralduses. III etapi haiglates – iseäranis erakorralise meditsiini osakondades –

tekkisid praeguse praktikandi ja abiarsti eristamise tõttu kummalised olukorrad: näiteks oli juhtumeid, kus samal kursusel õppivad praktikandid ja abiarstid tegid ühes ja samas osakonnas korraga tööd, mille eest abiarst sai palka ja praktikant ei saanud. Ülikooli positsioon on olnud, et praktikant on üliõpilane, praktika on osa õppetööst ning õppetöö eest töötasu maksmist nõuda ei saa.

Praktika pole pelgalt osa põhiõppest, vaid see on ühendusliili ülikooli ja arstikonna vahel. Siit üleskutse: hea juhendaja, kui märkad, et sinu noor kolleeg näeb kodade virvendusarütmiaaga elektrokardiogrammi nagu esimest korda, siis uuri, kui palju elektrokardiograafia kliinilisi aspekte ülikoolis õpetatakse. Kui noor kolleeg ei oska määrata ambulatoorset antibiootikumravi keskkõrvapõletiku korral, küsi selleski osas tema väljaõppe kohta. Kui vastus sind ei rahulda, siis sinu kolleegid ülikoolis hindavad sinu tagasisidet kahtlemata kõrgelt. Rääkimata sinu tulevatest kolleegidest, kes saavad tulevikus selle võrra parema hariduse.

## KIRJANDUS

1. Cumming A, Ross M. The Tuning Project for Medicine – learning outcomes for undergraduate medical education in Europe. *Med Teach* 2007;29:636–41.
2. Juurmaa J, Karki T. Arstiteaduse uus õppekava. *Eesti Arst* 2014;93:259–60.
3. Karki T. Miks on tehtud arstiteaduskonnas õppekorralduslike muudatusi ja mida võiks veel teha? *Eesti Arst* 2015;94:334–36.